

Les alternatives en santé : enjeux et perspectives Alternatives in health : stakes and perspectives

Marc Plamondon

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030168ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030168ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Plamondon, M. (1983). Les alternatives en santé : enjeux et perspectives. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 100–106. <https://doi.org/10.7202/030168ar>

Résumé de l'article

Se basant sur une recherche empirique faite auprès de 50 groupes alternatifs en santé, dont dix-neuf en santé mentale, l'auteur propose une explication socio-économique du développement de ces groupes. Il développe aussi un nouveau concept susceptible d'expliquer les effets produits par l'organisation capitaliste de la production et de la consommation des soins de santé.

LES ALTERNATIVES EN SANTÉ : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Marc Plamondon*

Se basant sur une recherche empirique faite auprès de 50 groupes alternatifs en santé, dont dix-neuf en santé mentale, l'auteur propose une explication socio-économique du développement de ces groupes. Il développe aussi un nouveau concept susceptible d'expliquer les effets produits par l'organisation capitaliste de la production et de la consommation des soins de santé.

«Les soignants ont des visées courtes, ils ne pensent qu'à guérir. Et si ça ne convient pas à la personne?»

Georges Payote (cité par Maud Mannoni, 1970,73)

Pour comprendre la signification sociale et politique du développement des alternatives¹ en santé mentale, il faut savoir que de telles ressources sont apparues en même temps qu'émergeaient de nouveaux champs d'intérêt en santé, notamment la santé des femmes. Il faut aussi situer ce processus de développement dans le contexte global des transformations du système de soins et de santé depuis le début des années cinquante. Dans cette perspective, on saisira mieux la spécificité des ressources alternatives en santé mentale, tout en les resituant dans le cadre de l'émergence d'un véritable mouvement social en santé.

La première partie de notre texte décrit les domaines d'action, objectifs, activités, critères et revendications d'un certain nombre de ressources alternatives dans l'ensemble des champs de la santé. La deuxième partie élabore une hypothèse de recherche qui permettrait d'expliquer, de manière dialectique, la dynamique socio-politique à l'origine du développement des alternatives en santé. Nous proposons, en particulier, un nouveau concept expliquant l'effet de la médicali-

sation sociale, soit la dépossession élargie. La troisième partie mettra en lumière la spécificité des alternatives en santé mentale, leurs luttes et leurs enjeux, mais en fonction de la dynamique sociale actuelle.

LES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ

Bien qu'il n'existe, au Québec, aucun répertoire systématique des groupes alternatifs en santé, on peut estimer qu'il y en a plus de 300, et que la majorité sont des groupes d'entraide bénévole. Dans le cadre d'une recherche préliminaire² faite l'an passé, nous en avons repéré près d'une cinquantaine répartie dans trois domaines : les cliniques populaires, la santé des femmes et la santé mentale (ces différents domaines n'étant que des catégories descriptives).

Les objectifs de ces groupes sont l'*autonomie* et la *repossession* des vécus et des problèmes qui entourent les questions de santé des usagers, dans une perspective le plus souvent communautaire.

Leurs activités sont extrêmement diversifiées et multiples. Dans les groupes aux activités thérapeutiques, celles-ci ne sont ni traditionnelles ni même médicales la plupart du temps. On y rejette systématiquement les rapports de pouvoir entre professionnels et usagers. Les activités culturelles, de réflexion, d'information et de support mutuel prédominent dans les autres groupes.

À l'exception de certains groupes en santé mentale (nous y reviendrons), les autres ne sont

* L'auteur est politologue, chercheur en sociologie de la santé et militant du Mouvement socialiste.

pas professionnalisés ou très peu. Leurs critères d'embauche de personnes ressources privilégient les qualités individuelles et personnelles plutôt que les qualifications professionnelles. En fait, moins un groupe est professionnalisé, plus les salaires tendent à devenir égalitaires. Les ressources bénévoles — souvent définies comme ressources militantes — sont importantes dans la majorité des groupes.

Quant à l'organisation interne, les personnes ressources salariées participent aux décisions et on note une tendance significative à intégrer les usagers(ères) dans la structure de décision. D'ailleurs, il n'existe à peu près pas de structures bureaucratiques ni de rapports hiérarchiques. Le financement de ces groupes provient principalement du ministère des Affaires sociales et des programmes communautaires fédéraux, et, en second lieu, de Centraide et du ministère de l'Éducation.

Enfin, ils dénoncent la professionnalisation et la médicalisation de la santé; et ils critiquent, de manière souvent virulente, le caractère nocif et la dépendance qu'engendrent les interventions médicales et professionnelles.

LES SPÉCIFICITÉS DES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE

Pour les fins de notre recherche, nous avons rejoint 19 groupes³ alternatifs en santé mentale, principalement à Québec et à Montréal. Après analyse, nous les avons subdivisés en deux catégories distinctes : la première, de type «thérapeutique», la seconde, de type «entraide».

La première catégorie de groupes vise la réinsertion sociale des psychiatisés, à partir du développement de l'autonomie individuelle. La deuxième catégorie travaille à développer l'entraide et la solidarité entre psychiatisés, afin de démedicaliser et de démystifier la folie.

Leurs activités se distinguent assez nettement. La première catégorie applique une thérapie, non traditionnelle et alternative à l'institution psychiatrique, centrée sur des activités socio-culturelles multiples et sur l'autonomisation de la personne à partir de son quotidien. La seconde catégorie s'organise autour d'activités de rencontres, de réflexion et d'information sur les situations vécues. Elle apporte aussi un support mutuel.

En définitive, les deux catégories de groupe se distinguent sur la base du type et de l'importance des personnes ressources. La première possède des ressources professionnelles (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes et sociologues), avec, parfois, une présence notable de bénévoles militants(es). On y remarque quelques tendances à la hiérarchisation des tâches et des salaires. La deuxième dispose de peu de personnes ressources, et celles-ci ne sont pas professionnelles. Les groupes de cette deuxième catégorie vivent de ressources essentiellement bénévoles et militantes.

Si la structure du pouvoir de la première catégorie de groupe a une tendance à la hiérarchisation, en particulier entre les intervenants et les usagers, elle est, dans la seconde catégorie, nettement plus démocratique et collective.

La première catégorie adresse de très sévères critiques à l'institution psychiatrique, à la médicalisation de la maladie mentale et à la dépendance psychologique et chimique qu'elle crée. La deuxième catégorie insiste sur les abus de pouvoir de l'institution psychiatrique et dénonce les interventions des professionnels. Les deux groupements revendiquent le respect de l'autonomie des personnes; ils exigent le soutien de l'État pour le développement de ressources alternatives, tout en préservant une autonomie de gestion et d'orientation.

CONSTATS PRÉLIMINAIRES

Globalement, on constate une homogénéité significative de l'ensemble des groupes alternatifs en santé. Toutefois, il existe un rapport inversement proportionnel entre la professionnalisation d'un groupe et le contrôle formel qu'exercent les clients(tes) sur ses structures de décision, et le caractère non thérapeutique et non médical des activités.

Tous les groupes portent cependant le même diagnostic (sic) concernant le système de soins actuel : sur-médicalisation, sur-professionnalisation, perte d'autonomie et dépendance des usagers.

Enfin, on rencontre dans les groupes alternatifs en santé mentale deux pôles extrêmes, soit des groupes relativement professionnalisés ayant une approche thérapeutique non traditionnelle, et des groupes bénévoles très critiques et revendicateurs.

1. Une hypothèse de recherche⁴

Dans la pratique comme dans le discours des groupes alternatifs, se retrouve une critique de l'organisation des services de santé, en tant que modèle de professionnalisation, de bureaucratisation et d'institutionnalisation des diverses clientèles. Il est donc logique, sociologiquement, d'expliquer l'émergence de ces alternatives comme des tentatives de résistance et de réponse (*partielles et contradictoires, venant tantôt de professionnels, tantôt d'usagers(ères)*) au modèle étatique de soins publics progressivement mis en place après la seconde guerre mondiale. Pour cela, il faut d'abord comprendre l'origine et l'évolution de ce modèle des soins de santé que nous connaissons aujourd'hui.

La mise en place du système de santé s'est faite en même temps que la modernisation de l'État québécois, laquelle coïncidait avec l'extension des rapports marchands capitalistes. Cette extension, grâce à l'urbanisation et à la prolétarianisation, a entraîné une destruction des divers modes de consommation traditionnelle et a abouti à la création d'un mode de consommation propre au capitalisme : la société de consommation des années 50 à 70; plus spécifiquement, elle a concouru à établir une norme sociale de consommation ouvrière (Aglietta, 1976).

Ainsi, pour la première fois dans l'histoire du capitalisme, l'évolution de l'accumulation du capital (développement de la production des biens et des services et de leur consommation) est passée par l'amélioration relative de la capacité de consommation de la classe ouvrière. Cette norme de consommation est structurée par deux marchandises principales : le logement social moyen, lieu privilégié de la consommation individuelle, et l'automobile, moyen de transport (en plus d'être un des piliers de l'industrie manufacturière) compatible avec l'éloignement du lieu de travail. Se sont donc créées, dans les ménages stabilisés, des habitudes de dépense correspondant à cette norme de consommation.

Cependant, et la crise actuelle en témoigne, l'insécurité des revenus, provoquée par la baisse des salaires, les fermetures d'usine, les mises à pied temporaires, les maladies industrielles et les accidents de travail, menace la continuité de la consommation des travailleurs(euses) et leur

capacité de faire face aux engagements financiers contractés lors de l'achat de biens d'équipements ménagers. C'est dans le cadre de la limitation de ces incapacités et du contrôle de ces dépenses, que l'on doit situer la création de l'assurance-hospitalisation en 1961, et de l'assurance-maladie en 1971, en un programme universel et obligatoire, à l'instar de bien d'autres programmes sociaux d'ailleurs.

La fin des années 50 et les années 60 furent donc une période d'expansion phénoménale de l'appareil médico-hospitalier et de l'utilisation des services, avec un contrôle relativement faible des gouvernements. Ce qui était perçu comme bon pour la profession médicale, de plus en plus spécialisée, l'était également pour le public. Cela eût comme conséquence principale le développement du secteur le plus coûteux : les hôpitaux.

À la fin des années 60, le transfert des dépenses privées vers le secteur public a entraîné, dans le domaine de la santé, un taux de croissance des dépenses deux fois plus rapide que celui du produit national brut, à cause principalement du rattrapage salarial des employés d'hôpitaux et de l'augmentation du nombre de services et de leur utilisation (Renaud, 1981).

Dans la foulée du rapport Castonguay-Nepveu (1969), l'État introduit, dès le début des années 70, une nouvelle logique d'organisation et de gestion des services de santé jusque-là aux mains des médecins, des fabricants de médicaments et d'équipements hospitaliers. Non seulement assiste-t-on à la mise en place d'un réseau diversifié et intégré des ressources nouvelles et anciennes (C.H., C.L.S.C., D.S.C., C.R.S.S.S.), mais l'ensemble du système est bientôt défini comme une industrie, c'est-à-dire qu'il est administré en fonction de décisions de gestionnaires fondées sur des critères de rentabilité et de productivité (Renaud, 1981).

En plus d'une recomposition sociale du personnel (arrivée massive de nouveaux professionnels non médicaux, dont des gestionnaires et des technocrates qui remplacent les directions médicales), d'une hiérarchisation des services et d'une rationalisation des ressources, des achats et du financement, l'État modifie profondément les modes de gestion du personnel et l'organisation du travail.

2. Déposséder les travailleurs(euses) et les usagers(ères)

Cette nouvelle organisation du travail bouleverse radicalement le rapport des travailleurs(euses) à l'organisation même de leur travail, de même que *le rapport entre malades et personnel soignant*. C'est l'administration et son chronomètre qui évaluent dorénavant les besoins, à l'aide de l'informatisation de la gestion. Conformément au processus de production normalisée de masse, à l'image du burger McDonald, le soin hospitalier, devenu une marchandise banalisée et programmée (fordiste), standardise les rapports sociaux. Il est alors soumis au processus du travail industriel de production et de consommation de masse (Bélanger et Plamondon, 1982 ; Doré et Lamarche, 1980).

Pour les travailleurs(euses) de la santé, ce processus signifie une intensification de leur travail : un nombre égal de travailleurs(euses) devant produire dans un même temps une plus grande quantité de services, soit par l'accroissement du rythme, soit par l'élimination des pertes de temps. Mais, surtout, il inscrit, à long terme, un mécanisme de dépossession du savoir infirmier (déqualification) et, ultimement, le remplacement progressif des professionnels par des travailleurs(euses) moins qualifiés(ées).

Selon la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, «on remplacerait un système de travail basé sur la qualification professionnelle et les relations humaines par un autre orienté vers la seule connaissance technique, faisant de l'hôpital une usine hospitalière assurant une production médicale de type industriel» (La Presse, 17/12/79).

Dans ce contexte précis, les actions de résistance des travailleurs(euses) de la santé à l'organisation fordiste des services de santé sont multiples et recouvrent des pratiques collectives et/ou individuelles nombreuses. Notons certaines luttes locales pour empêcher l'établissement du P.R.N.⁵, le rejet du corporatisme et du professionnalisme par certains syndicats d'infirmières et d'infirmiers, l'utilisation de la grève illégale par la F.A.S., lors du Front Commun 79-80, pour obtenir une définition de tâches plus satisfaisante.

Mais la pratique la plus significative est dans le fait qu'une fraction, marginale il est vrai, de ces travailleurs(euses) de la santé s'est partiellement

ou complètement désengagée du réseau étatique en mettant sur pied des services alternatifs. Ce désengagement correspond à une dynamique de *repossession de leur savoir et de reprise de contrôle sur leur travail, dans le cadre d'une modification radicale du mode de rapport aux usagers(ères)*.

La structuration des services sur une base professionnaliste et productiviste avait consacré, pour les populations usagères, la brisure des rapports non marchands à la santé, à la maladie, à la naissance, au vieillissement et à la mort. Le rapport salarial⁶ allait maintenant inclure la relation au corps comme une donnée fondamentale de l'accumulation capitaliste pour une certaine fraction de la bourgeoisie et du capital (médecins, industrie pharmaceutique et de fabrication d'appareils médicaux). Il ferait aussi jouer au système de santé une tâche complémentaire à celle de l'école, de l'armée et de la prison : fournir des individus «normalisés» socialement, c'est-à-dire ajustés (par conditionnement chimique au besoin) aux exigences du nouveau modèle fordiste de comportement social de masse.

«Le capitalisme est aussi conduit à déposséder de leur maladie et de leur santé les individus qu'il a déposés de leur travail. Parce que les travailleurs et travailleuses n'accomplissant leur travail que parce qu'ils (elles) y sont forcés(ées), contraints(tes), il n'est évidemment pas question que ces «fainéants» comme on disait au XIX^e siècle, puissent décider par eux-mêmes quand ils sont malades et quand ils sont aptes : cette décision doit appartenir à des spécialistes s'appuyant sur des critères «scientifiques» : les médecins (Gorz, 1978).

Un exemple de cet énoncé est la loi 17 sur la santé et la sécurité au travail. Elle confère aux médecins et à la bureaucratie hospitalière des pouvoirs qui leur permettent de jouer un rôle de contrôleur social de la classe ouvrière.

Cependant, l'organisation étatisée des services de santé selon une logique marchande professionnaliste et productiviste a largement débordé le champ de travail. Pour les populations usagères, l'accroissement du contrôle et de la domination sociale par la médecine a produit une véritable médicalisation de tout un réseau de pratiques sociales relatives à la naissance (Cornelier, 1981), la sexualité (Vaneigen, 1979), les relations fami-

liales, l'échec scolaire, la délinquance, le vieillissement (Guillemard, 1980) et la mort (Ziegler, 1978). Sous l'égide de la norme sociale de consommation de masse, cet ensemble de pratiques se trouve socialisé et normalisé par la médiation sociale du système de soins de santé. La logique prédominante de cette médiation, parce que marchande, permet un processus complexe de validation et de renforcement du pouvoir de fractions de classes qui se nourrissent des services de soins. Les objets sur lesquels la médecine intervient sont en fait des pratiques sociales reconstruites par la forme des connaissances, de l'expertise et des techniques instrumentales médicales. Cette reconstruction aboutit à une réduction de ces phénomènes à leur dimension biologique, individuelle et relationnelle (Levy *et al.*, 1982). D'autres appellent ce modèle médical «modèle bio-mécanique d'ingénierie» (Bozzini *et al.*, 1981) ou «modèle causal» (Claudette Cardinal, 1981).

L'iatrogénèse sociale (Illich, 1975)⁷ produite par la médecine prend ici un sens nouveau, parce que la dépendance et l'hétéronomie sont des effets nécessaires de l'organisation extensive marchande des pratiques médicales de même que de l'efficacité socio-politique de celles-ci dans le traitement de l'inadaptation sociale issue du rapport salarial.

En ce sens, l'expansion de la médicalisation des pratiques sociales ne peut être renvoyée aux médecins, à la bureaucratie médicale ou à l'industrialisme seulement; elle doit se référer surtout à la fonction régulatrice que le rapport salarial fordiste commandait à la médecine de jouer, aux niveaux économique et politique.

Cette fonction régulatrice, au plan politique, ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu de contrôle social sur les conduites socio-culturelles avant la généralisation du nouveau rapport salarial. Pour nous, ces conduites n'étaient pas alors assujetties à la logique marchande capitaliste. Reproduites selon des règles pré-capitalistes de socialisation, sous l'égide de l'Église, de la communauté villageoise, de la famille élargie et de la bienfaisance privée et publique, les pratiques entourant la naissance, la sexualité, la maladie, le vieillissement et la mort étaient à la fois vécues comme problèmes privés et soumises à une métaphore morale (la punition) ou éthique (la fatalité) (Sontag, 1979).

Progressivement, les structures sociales traditionnelles, supportant le processus pré-capitaliste de socialisation et de reproduction de la force de travail, ont été détruites par l'urbanisation, la prolétarianisation et, ultimement, par l'imposition d'une norme sociale de consommation ouvrière. Toutes les pratiques sociales sont désormais soumises à un double processus de dépossession, puis à une logique sociale, structurée par le rapport salarial, qui englobe simultanément le sujet comme producteur et comme consommateur, par le biais du ménage stabilisé et atomisé de la famille nucléaire.

La socialisation et la reproduction de la force du travail passent ainsi par toute une série d'appareils (Althusser, 1970) souvent étatisés. Cela a pour effet d'inscrire les sujets dans un rapport individualisé et aliéné à leurs conditions d'existence (l'école et la médecine étant à ce titre exemplaires).

Les médecins, centrés sur l'examen, le diagnostic et les soins individuels, et sur l'exaltation explicite morale et scientifique de l'examen particulier ont ainsi pu se donner des moyens ambigus pour convertir tout un monde à l'idée qu'il n'y a pas de vie possible sans recours régulier à la médecine, pas de trouble — même bénin — qui ne relève de son intervention, pas de conception de soi, du corps, de la santé et de la maladie hors du discours fourni par l'idéologie médicale (Levy *et al.*, 1982).

Cette extension de l'espace médical est devenue progressivement un mode de consommation banalisé et généralisé, à la limite difficilement différenciable d'autres types de consommation de biens et services (Levy *et al.*, 1982), c'est-à-dire qu'il s'insère dans les habitudes globales de consommation préformées et contrôlées socialement par le rapport salarial.

Plus spécifiquement, les populations usagères des soins médicaux, dans ce processus de médicalisation sociale, ont vécu une véritable *dépossession culturelle et politique* de leurs conditions de vie, en particulier dans leur rapport au corps et à toutes les conduites sociales qui s'y rattachent.

Nous appelons *dépossession élargie* le processus de déqualification des travailleurs(euses) par l'organisation du travail et l'augmentation de la dépendance et de la domination sociale capitaliste, hors du champ de travail, par le processus de socialisation et de consommation, désormais

soumis à la logique marchande professionnaliste et productiviste.

En conséquence, nous proposons de comprendre l'émergence de groupes alternatifs en santé comme faisant partie d'un ensemble d'actions diverses de résistance, des travailleurs(euses) de la santé et des populations consommatrices des services de soins, à leur organisation professionnelle et productiviste.

Dès lors, comme mouvement, oppositionnel et alternatif, des travailleurs(euses) de la santé et des populations usagères, ces groupes alternatifs n'exprimeraient ni une utopie, ni l'exigence de nouveaux services de contrôle social, mais bien — quoique encore confusément et partiellement — la revendication, au sein du corps social, d'un renversement de la logique organisatrice des services de soins de santé, et virtuellement, des rapports sociaux globaux.

LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE AUX MAINS DE LA TECHNOCRATIE ÉTATICO-PSYCHIATRIQUE

Il faut situer le développement des groupes alternatifs en santé mentale dans le même processus de dépossession élargie, évoqué plus haut. D'une part, parce que le secteur de la santé mentale a subi le même processus de professionnalisation et d'industrialisation que l'ensemble du système de soins et, d'autre part, parce que c'est dans ce secteur que les effets de dépossession et de dépendance ont été les plus significatifs. À cela s'est ajoutée une crise sans précédent des fondements théoriques et politiques de la psychiatrie depuis la fin des années 60, avec les écrits de Cooper, Laing, Foucault, Szasz, Castel, etc. Ces écrits ont ébranlé un certain savoir et pouvoir sur la folie et les fous et ont, en même temps, permis l'éclosion de pratiques d'intervention qui échappent à la logique d'enfermement et de contrôle social à laquelle les psychiatres et la psychiatrie sont désormais associés.

Il est particulièrement frappant de constater que l'institution psychiatrique a subi le même parcours que toutes les autres institutions du système de soins depuis 1960. La professionnalisation du secteur psychiatrique s'est même faite beaucoup plus tôt que dans les autres secteurs de la santé

(suite au rapport Bédard publié en 1961). Ainsi, la réforme psychiatrique des années soixante a transformé le système asilaire en abolissant les frontières traditionnelles entre les professions et en encourageant la venue dans le système d'un personnel nouveau (...) qui apportait avec lui ses théories et ses techniques particulières, ainsi qu'une volonté de se voir reconnaître une compétence exclusive dans ce champ de pratique (Boudreau, 1981). Ce processus de modernisation, s'accompagnant d'une ouverture à la pluridisciplinarité sous l'hégémonie des psychiatres, allait en fait provoquer l'écèlement du pouvoir des médecins psychiatres (comme pour les autres) et le remettre aux mains des administrateurs technocrates (suite au rapport Castonguay-Nepveu et à l'adoption de la Loi 65). Ainsi, la désintégration du pouvoir et de la conception institutionnelle des psychiatres, de 1970 à 1976, s'explique autant par le caractère centralisateur et autoritaire de la réforme, que par le contexte social extrêmement conflictuel de son implantation. (On n'a qu'à se rappeler les luttes entre les professionnels et celles des travailleurs(euses) du secteur public contre l'État, à cette époque).

Cependant, l'arrivée du Parti québécois au pouvoir, en 1976, au moment où la structure mise en place commence à fonctionner, ramène les psychiatres en force non seulement au Conseil des ministres, mais dans les organismes de planification et de gestion des ressources régionales des C.R.S.S.S. Cette nouvelle phase de psychiatrisation de la santé mentale débouche non seulement sur des conflits intra-institutionnels, particulièrement féroces entre certains types de professionnels (S.P.A.S.Q., 1981), mais indique une volonté politique des psychiatres et des gestionnaires de l'État de considérer les ressources alternatives comme un élément du réseau, lesquelles devraient s'inscrire dans un processus de continuité et de complémentarité des soins et des services (Blanchet, 1981).

Cette logique intégrative des groupes alternatifs n'est pas un fait nouveau pour la sociologie de la santé au Québec. Les cliniques populaires ont été, à la fin des années 60, objets et victimes de ce processus. En définitive, les conditions de propagation des pratiques alternatives, en santé mentale comme ailleurs, sont déterminées par les volontés

intégratives et régulatrices de l'État et du pouvoir médical, désormais alliés; de même, par les orientations politiques et la capacité de liaison des ressources alternatives avec les autres mouvements sociaux, syndicaux et populaires. Cette liaison conditionnera leur potentialité de résistance à la logique dominante actuelle, laquelle définit l'intervention en santé comme l'exercice d'un contrôle et d'un processus de normalisation des conduites sociales.

NOTES

1. Par groupe de ressource alternative en santé, nous entendons un regroupement de personnes qui se donnent des objectifs et initient des activités qui visent une réappropriation, individuelle et collective, des situations concernant la santé.
2. Cette recherche, subventionnée par le C.Q.R.S., se nomme *L'organisation du travail dans le secteur de la santé : effets sur les usagers*. Le rapport ne sera pas disponible avant mai 1983.
3. Ces 19 groupes sont : la Maison St-Jacques; l'Atelier d'artisanat Centre-Ville; la Maison Vivre; l'Atelier La petite rouge; la Maison des étapes; Action santé; le Comité pour le développement de nouvelles ressources en santé mentale; La Croix Blanche; Carrefour le Moutier; le Centre de la Croix Blanche du Québec; Le Tremplin; Maison d'atelier libre de développement humain; La Chrysalide; l'Association canadienne pour la santé mentale; les Déprimés anonymes; Solidarité psychiatrie; Autopsy; l'Association d'entraide pour le bien-être émotionnel; Coupe circuit.
4. Cette partie de notre article reprend substantiellement les hypothèses que nous avons présentées dans *Usagers et travailleurs(euses) de la santé : hypothèses de recherche*; R. Bélanger et Marc Plamondon, colloque du C.Q.R.S., A.C.F.A.S., Montréal, 1982.
5. Pour la gestion de la force de travail au niveau de la qualification intermédiaire, on a procédé par le biais du P.R.N. (Projet de recherche en nursing), mis au point par l'équipe EROS de l'Université de Montréal), à l'instauration du taylorisme dans la gestion et l'organisation du travail dans les hôpitaux et centres d'accueil. Par taylorisme nous voulons signifier que la direction «libère le procès de travail du pouvoir que l'infirmière y exerce pour y instaurer la loi et la norme patronale» (Coriat, 1979).
6. Le rapport salarial est le concept qui articule la place du travail dans la production – le salaire et les conditions sociales de sa reproduction – des conditions sociales de la consommation ouvrière.

7. L'iatrogénèse sociale est le concept proposé par Illich pour décrire les effets sociaux négatifs de la médicalisation de la société qu'il décrit bien mais qu'il n'explique pas.

RÉFÉRENCES

- AGLIETTA, M., 1976, *Régulation et crise du capitalisme, l'expérience des États-Unis*, Calmann-Levy, Paris.
- ALTHUSSER, 1970, L'idéologie et appareils idéologiques d'État, notes pour une recherche, *La Pensée*, n° 151, juin.
- BÉLANGER, P.R., PLAMONDON, M., 1982, Le Québec malade de la médecine, *Presse Libre*, n° 12, mars.
- BLANCHET, L., 1981, La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, novembre.
- BOUDREAU, F., 1981, La psychiatrie québécoise depuis 1960, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, novembre.
- CARDINAL, C., 1981, *La médecine capitaliste, un système de santé qui n'en est pas un*, non publié.
- CORIAT, B., 1979, *L'Atelier et le chronomètre*, Christian Bourgeois, Paris.
- CORNELIER, H., 1981, *Depuis que le monde est monde*, Naissance-Reconnaissance, Montréal.
- DORÉ, M., LAMARCHE, F., 1980, L'Organisation du travail et les travailleurs in *la Crise et les travailleurs*, Co-édition F.E.P. (U. de M.), UQAM, CSN, CEQ, Montréal.
- GORZ, A., 1978, *Écologie et Politique*, Seuil, Paris.
- GUILLEMARD, A., 1980, *La vieillesse de l'État*, PUF, Paris.
- ILlich, I., 1975, *Némésis Médicale*, Seuil, Paris.
- LEVY, E. et al., 1982, *La croissance des dépenses de santé*, Economica, Paris.
- RENAUD, M., 1981, *Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissique»*, *Médecine et société, Les Années 80.*, Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- SONTAG, S., 1979, *La maladie comme métaphore*, Seuil, Paris.
- S.P.A.S.Q., 1981, La psychiatrie et le monopole médical; les professionnels en tutelle, la population en otage, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, novembre.
- VANEIGEM, R., 1979, *Le livre des plaisirs*, André, Paris.
- ZIEGLER, G., 1975, *Les vivants et la mort*, Seuil, Paris.

SUMMARY

On the basis of an empirical study of 50 alternative style health groups, including 19 working in mental health, the author proposes a socio-economical explanation for their development. He also develops a new concept which attempts to explain the effects produced by capitalist organization of the production and consumption of health treatment.